MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA

Diagnóstico inicial _____

I.Datos de la unidad

1 Nombre Unidad que investiga _____ 2 Fecha de investigación: ☐☐ día ☐☐ mes ☐☐ año

3 Ubicación Unidad: PICHINCHA (Provincia) | QUITO (Cantón) | COTOCOLLAO (Parroquia)

II.Datos de identificación del caso

4 Nombre: _____ Primer Apellido | _____ Segundo Apellido | _____ Primer nombre | _____ Segundo nombre 5 Sexo ☐ H ☐ M

6 Edad: 6 ☐ años ☐☐ meses ☐☐ días ☐ _____ 8 Escolaridad _____

9 Ocupación _____ 10 Telf _____

11 Lugar residencia: _____ Provincia | _____ Cantón | _____ Parroquia

Dirección exacta (Barrio, localidad) _____

12 Nombre de la madre o responsable _____

III. Datos clínicos del caso

13 Signos y síntomas: Fecha inicio de cuadro clínico: ☐ hora ☐☐ día ☐☐ mes ☐☐ año

Fecha inicio de sintoma/signo relevante _____ ☐ hora ☐☐ día ☐☐ mes ☐☐ año Nº días ☐

Adenopatías ☐	Cianosis ☐	Escalofríos ☐	Prurito ☐
Alt. neurológicas del nivel periférico ☐	Convulsiones ☐	Espasmo muscular ☐	Rigidez muscular ☐
Alt.neurológicas del nivel central ☐	Deshidratación ☐	Estridor respiratorio ☐	Sangrados ☐
Anorexia ☐	Diarrea ☐	Fiebre ☐	Tos ☐
Apnea ☐	Dificultad respiratoria ☐	Ictericia ☐	Trismus ☐
Artralgia ☐	Dolor abdominal ☐	Mialgias ☐	Visión borrosa ☐
Ascitis ☐	Dolor garganta ☐	Nausea/vómitos ☐	
Cefalea ☐	Erupción ☐	Parálisis ☐	

Otros signos y síntomas: _____

14 Caracterizar el/los signos/síntomas más relevantes: _____

15 Recibió tratamiento: Si ☐ No ☐ Especifique cual _____

Evolución: Mejoró ☐ Iguales condiciones ☐ Empeoró ☐

Lugar donde recibió tratamiento: Domicilio ☐ Farmacia ☐ Unidades de Salud del MSP ☐ Otras Unidades de sector Público ☐ Unidades de Salud Privadas ☐

16 Hospitalizado: Si ☐ No ☐ Fecha de hospitalización: ☐☐ día ☐☐ mes ☐☐ año N° HCl _____ Servicio _____

Nombre del hospital _____ 17 Ingreso a UCI Si ☐ No ☐

18 Condicion egreso: Vivo ☐ Muerto ☐ 19 Fecha fallecimieto ☐☐ día ☐☐ mes ☐☐ año

IV. Datos epidemiológicos del caso

20 Antecedente vacunal: Si ☐ No ☐ Desconoce ☐

BCG	☐	HB	☐	Rota	☐	OPV	☐	Penta	☐	Influenza	☐
FA	☐	DT	☐	DPT	☐	dT	☐	SRP	☐	Varicela	☐

Neumococo Conjugado ☐ SR ☐
Neumococo Polisacarido ☐ Otras _____

21 Fecha de última dosis: ☐☐ día ☐☐ mes ☐☐ año ☐ Nº de dosis recibidas ☐☐

23 Fuente de información: Tarjeta vacunación ☐ Registro servicio salud ☐ Verbal ☐

24 Antecedente de contacto con: Animal ☐ Persona sintomática ☐ Alimentos ☐ Agua/suelos ☐ Basurales ☐ Ninguno ☐
Metanol ☐ Metales pesados ☐ Solventes ☐ Plaguicidas ☐ Otros: _____

25 _____ Lugar geográfico | _____ Forma de contacto | _____ Origen/tipo/nombre del objeto de contacto

26 Fecha de contacto ☐☐ día ☐☐ mes ☐☐ año ☐ hora

IV. Datos epidemiológicos del caso

27 En caso contacto con agua/alimentos, verifique su procedencia:
Casa ☐ Restaurante ☐ Calle ☐ Reunión social ☐ Otro: _____

28 Tipo de exposición: Ocupacional ☐ Intencional suicida ☐ Reacción adversa ☐ Otras: _____
Accidental ☐ Intencional homicida ☐ Desconocida ☐

29 Antecedentes de transfusión sanguínea Si ☐ No ☐ ☐ si ☐ No ☐

31 Antecedentes de viaje, visitas Si ☐ No ☐ Lugar: _____ Fecha de estadía Desde ☐☐ ☐☐ ☐☐
Hasta ☐☐ ☐☐ ☐☐
día mes año

32 Caracterizar los factores de riesgo identificados: _____

33 Información de contactos periodo de incubación y transmisibilidad:

Nombre	Edad	Sexo	Relación con el caso	Dirección domiciliaria/telef	Enfermó		Fecha de inicio de síntomas	Observaciones
					Si	No		

V. Laboratorio

34 Se tomó muestra de laboratorio Si ☐ No ☐ ☐ Antes de dar tratamiento Si ☐ No ☐

36 Tipo de muestra _____

37 Resultado de laboratorio _____

VI. Clasificación final

38 Diagnóstico definitivo _____ Confirmado por: Laboratorio ☐ Clínica ☐ Nexo ☐

39 Es caso aislado ☐ Es parte de brote o epidemia ☐

VII. Actividades de control ejecutadas

40 Actividades generales:

	Si	No	día	mes	año	Observaciones
Visita domiciliaria						
Búsqueda activa de casos						N° de casos sospechosos encontrados _____
Seguimiento de contactos						Fecha de último día de seguimiento _____

41 Actividades específicas:

	Si	No	día	mes	año	Observaciones
Vacunación de bloqueo						
Profilaxis a los contactos						
Monitoreo rápido de cobertura						% de vacunados que se encontró _____
Tratamiento de criadero de vectores						

Describa otras actividades de control realizadas: _____

42 Responsable _____ Nombre: _____ Firma: _____

43 Fecha: ☐ ☐ ☐
día mes año